

ESTUDIO TONOSCOPICO DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA BAJO EL PUNTO DE VISTA CLINICO GENERAL

ANTONIO VENA
Oftalmólogo

Bajo este título vamos a exponer lo que podemos conseguir estudiando fondo de ojo en su aspecto dinámico, no como especialistas que vamos a resolver un problema puramente oftalmológico, sino como médicos que vamos a colaborar en el diagnóstico de un problema clínico de tipo general o especial no oftalmológico.

El fondo de ojo lo podemos estudiar bajo dos aspectos: Estático y dinámico.

En el primer aspecto hacemos un estudio fotográfico de la retina, bien con el oftalmoscopio viéndola de una manera directa, bien por medio del retinógrafo obteniendo una imagen fotográfica de la misma. En el segundo aspecto hacemos un estudio dinámico de los vasos de la retina, estudiando sus tensiones. En este trabajo nos vamos a referir al segundo aspecto.

La imagen oftalmoscópica de la retina es el ideal que nos ofrece el organismo para el estudio de los vasos por tres razones:

Los vasos de la retina están encerrados en una caja de paredes rígidas (el globo ocular) y esto evita alteraciones de su fisiologismo por los agentes externos.

Los vasos de la retina son de tipo terminal y su fisiologismo no puede ser alterado por circulaciones supletorias.

Los vasos de la retina son los únicos que podemos ver de una manera directa. Aunque solo pudiéramos apuntar esta última razón, creemos que ella es suficiente para considerar fundamental el estudio de estos vasos en todos aquellos procesos donde nos interesa saber algo del estado en que está el sistema circulatorio.

El estudio tonoscópico de los vasos de la retina, fue ideado por BAILLIART y en la actualidad es seguido por gran número de oftalmólogos debido a la gran importancia diagnóstica y pronóstica que tiene.

En condiciones normales, la presión intraocular es menor que la presión arterial mínima o diastólica, por lo que no se observa ninguna pulsación en las arterias retinianas. Si de una manera paulatina elevamos artificialmente la presión intraocular, llegará un momento en que ésta será superior a la presión arterial mínima o diastólica, siendo aplastado el vaso en el momento del diástole, mientras que aun entra sangre durante el sistole, por lo que entonces veremos pulsaciones en estos vasos. Si continuamos elevando la presión intraocular, llegará un momento en que será mayor a la presión arterial sistólica, momento en el cual deja de entrar sangre en la retina cesando las pulsaciones en estos vasos. BAILLIART ideó un aparatito especial para aumentar la presión intraocular a voluntad con una escala o aparato de medida. El comienzo de las pulsaciones corresponde a la presión arterial diastólica y el cese de las mismas a la presión sistólica.

Los valores dados como normales son 35 ó 40 mm. para la diastólica y 70 ó 75 mm. para la sistólica. La relación entre la tensión arterial general y la tensión arterial retiniana ha sido motivo de muchas cifras. En general podemos considerar que las cifras de la tensión arterial retiniana son la mitad de la tensión arterial general.

Esta relación que existe entre ambas tensiones (A G y A R) suelen romperse en el terreno patológico dando lugar a interpretaciones clínicas de gran importancia diagnóstica y pronóstica. Unas veces ambas tensiones se elevan, pero la retiniana lo hace en mayor escala y entonces hablamos de hipertensión arterial retiniana relativa. Como la relación que damos como normal es T A R, el cincuenta por ciento de T A G, cuando la primera se eleva más que la segunda, lo puede hacer hasta alcanzar relaciones que tienden a igualarlas. Según sean éstas hablamos de hipertensión retiniana relativa de un 60%, 70%, 80%, etc. Esto adquiere gran importancia de tipo pronóstico en la hipertensión arterial, donde a medida que la hipertensión retiniana relativa es mayor, más grave es el proceso hipertensivo.

Otras veces aparece la tensión arterial general dentro de sus cifras normales y es la tensión en los vasos de la retina la que aparece elevada; en estos casos hablamos de hipertensión arterial retiniana aislada, siendo considerada en la actualidad como un síntoma objetivo de gran importancia en el diagnóstico precoz de la hipertensión endocraneal.

Para BAILLIART, el mecanismo de esta hipertensión retiniana aislada es como sigue: Al elevarse la tensión del líquido céfalo raquídeo, son comprimidas las venas y capilares del encéfalo y nervio óptico, con la elevación consiguiente de la tensión arterial local, que representa un fenómeno defensivo para luchar con el obtáculo circulatorio promovido por el aplastamiento de venas y capilares. Cuando falla esta hipertensión arterial local (asistolia retiniana según BAILLIART), se inicia y forma el extasis papilar.

En el terreno experimental, HAERTMANN comprobó en trepanados de cráneo, que la comprensión del cerebro a través de la brecha ósea,

eleva la tensión en la arteria central de la retina y que esta elevación desaparece al cesar la compresión. Cuando se practican punciones lumbares repetidas, se obtienen curvas de presión arterial y de LCR, que demuestran la relación que existen entre ambas.

Otras veces la T A G y la diastólica retiniana aparecen normales y es la sistólica retiniana la que aparece elevada.

Este cuadro corresponde a un síndrome muy frecuente en la práctica del clínico general y que fué descrito por ESPILDORA LUQUE con el nombre de hipertensión arterial retiniana solitaria.

Se trata de casos donde existe una hipertensión arterial céfálica (carótida interna) y que se presentan ante el médico con los siguientes síntomas subjetivos: Unas veces aquejan cefalalgias de diversos tipos. Otras veces consultan por padecer pérdidas pasajeras de la conciencia o de la visión a modo de mareos.

Otras veces acuden por padecer síntomas que nos hacen pensar en una hipertensión arterial general. Estos casos dejan al clínico perplejo al encontrar una tensión arterial general normal.

La etiopatogenia de este síndrome gira en torno al calibre vascular. Unas veces es de tipo funcional, (vasoconstricción), otras de tipo orgánico (engrosamiento de las paredes vasculares con estrechamiento de la luz vascular).

Al diagnóstico se llega una vez sospechado, explorando la tensión arterial general y local (central de la retina), donde encontramos a la primera normal y elevada la sistólica sobre todo de la segunda.

Vemos a través de esta exposición resumir la importancia que tiene el estudio tonoscópico de la arteria central de la retina en el campo de la medicina general, unas veces con fines diagnósticos, como en el caso de la hipertensión endocraneal y en el síndrome de ESPILDORA LUQUE, donde es la base del diagnóstico, y en otras, para establecer un pronóstico (hipertensión arterial esencial, nefrítica, etc.).